



## Erklärung

– Bitte unterschrieben zurücksenden –

Sozialgericht Köln  
Geschäftsstelle  
Postfach 103152  
50471 Köln

Frau  
Rechtsanwältin  
Leisten  
K 1261  
Aachener Straße 197-199  
50931 Köln

In dem Verfahren entbinde ich die Ärzte und sonstige Therapeuten (z. B. Psychotherapeuten), bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Heranziehung und der Einsichtnahme in über mich geführte medizinische Unterlagen (z. B. Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Kurberichte, Röntgenbilder) durch das Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen zu. Ich bin mit der Beiziehung der Streitakten aus laufenden und abgeschlossenen Verfahren vor den Sozialgerichten wie auch mit der Beiziehung von Akten anderer Gerichte, Behörden und Sozialversicherungsträger einverstanden. Dies gilt insbesondere für die Verwaltungsvorgänge:

- der zuständigen Krankenkasse
- des zuständigen Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft)
- des zuständigen Versorgungsamtes
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers (z.B. LVA, BfA)
- der zuständigen Agentur für Arbeit

Insoweit entbinde ich auch die vorgenannten Stellen von ihren sozialrechtlichen und sonstigen Geheimhaltungspflichten.

---

(Ort, Datum und Unterschrift)

Hinweis: Anlagen bitte sorgfältig ausfüllen und hierbei neben der vollständigen Adresse der angegebenen Ärzte (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) auch die Fachrichtung angeben (z.B. Orthopäde, Internist, Allgemein-Mediziner).

# Fragebogen über ärztliche Behandlungen und Untersuchungen

## I. Ärzte, von denen ich ambulant behandelt worden bin

|    |                              |        |      |
|----|------------------------------|--------|------|
| 1. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 2. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 3. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 4. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 5. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 6. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 7. | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Fachrichtung                 |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |

## II. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin

|    |                              |        |      |
|----|------------------------------|--------|------|
| 1. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 2. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 3. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 4. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 5. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 6. | Name der Krankenanstalt      |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |

### III. Andere Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin

|    |                              |        |      |
|----|------------------------------|--------|------|
| 1. | Veranlassende Behörde *)     |        |      |
|    | Aktenzeichen der Behörde     |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 2. | Veranlassende Behörde *)     |        |      |
|    | Aktenzeichen der Behörde     |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 3. | Veranlassende Behörde *)     |        |      |
|    | Aktenzeichen der Behörde     |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 4. | Veranlassende Behörde *)     |        |      |
|    | Aktenzeichen der Behörde     |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |
| 5. | Veranlassende Behörde *)     |        |      |
|    | Aktenzeichen der Behörde     |        |      |
|    | Straße und Hausnummer        |        |      |
|    | PLZ und Ort                  |        |      |
|    | Name des Arztes / der Ärztin |        |      |
|    | Fachrichtung / Fachabteilung |        |      |
|    | Behandlungsgrund             | Wegen: |      |
|    | Behandlungszeitraum          | Von:   | Bis: |

\*) Behörde bzw. Versicherungsanstalt (z.B. Unfall-, Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft), welche die Untersuchung veranlasst hat.